

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig./Sig.ra _____

C.F.: _____

da me in cura da più / da meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno

presenta / non presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO: (se si specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DIABETE MELLITO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SISTEMA ENDOCRINO: (se si specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SISTEMA NEUROLOGICO: (se si specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PATOLOGIE PSICHICHE: (se si specificare diagnosi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
EPILESSIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
APPARATO URO GENITALE: insufficienza renale grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: (sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
APPARATO OSTEO-ARTICOLARE: (gravi alterazioni anatomiche o funzionali)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ORGANI DI SENSO: (gravi patologie visive evolutive)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DATA / /

TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO
